

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 29

---

DE  
L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES

Suppurations Pelviennes de la Femme

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRÉDÉRIC GAVARD

Né à Marseille, le 14 Août 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C<sup>ie</sup>

Ancienne Maison A. WALTNER

14, rue Bellecordière, 14

—  
1900



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 29

---

DE  
L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES  
Suppurations Pelviennes de la Femme

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

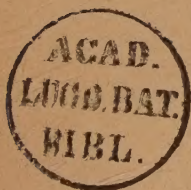
Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRÉDÉRIC GAVARD

Né à Marseille, le 14 Août 1876



LYON  
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C<sup>ie</sup>  
Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

---

1900

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.  
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.  
CROLAS..... QUESTEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

## PROFESSEURS

|                                                    |   |                 |
|----------------------------------------------------|---|-----------------|
| Cliniques médicales.....                           | { | MM. LÉPINE.     |
| Cliniques chirurgicales.....                       |   | BONDET.         |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....        |   | BARD.           |
| Clinique ophtalmologique.....                      |   | OLLIER.         |
| Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques... |   | PONCET.         |
| Clinique des Maladies mentales.....                |   | FOCHIER.        |
| Physique médicale.....                             |   | GAYET.          |
| Chimie médicale et pharmaceutique.....             |   | GAILLETON.      |
| Chimie organique et Toxicologie.....               |   | PIERRET.        |
| Matière médicale et Botanique.....                 |   | MONOYER.        |
| Parasitologie.....                                 |   | HUGOUNENQ.      |
| Anatomie.....                                      |   | CAZENEUVE.      |
| Anatomie générale et Histologie.....               |   | FLORENCE.       |
| Physiologie.....                                   |   | LORTET.         |
| Pathologie interne.....                            |   | TESTUT.         |
| Pathologie externe.....                            |   | RENAUT.         |
| Pathologie et Thérapeutique générales.....         |   | MORAT.          |
| Anatomie pathologique.....                         |   | TEISSIER.       |
| Médecine opératoire.....                           |   | AUGAGNEUR.      |
| Médecine expérimentale et comparée.....            |   | MAYET.          |
| Médecine légale.....                               |   | TRIPPIER.       |
| Hygiène.....                                       |   | POLLOSSON (M.). |
| Thérapeutique.....                                 |   | ARLOING.        |
| Pharmacologie.....                                 |   | LACASSAGNE.     |
|                                                    |   | COURMONT.       |
|                                                    |   | SOULIER.        |
|                                                    |   | CROLAS.         |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... M. LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                 |                 |         |
|-------------------------------------------------|-----------------|---------|
| Clinique des Maladies des Enfants.....          | MM. WEILL,      | agrégé. |
| Maladies des voies urinaires.....               | CHANDELUX,      | —       |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx..... | LANNOIS,        | —       |
| Accouchements.....                              | POLLOSSON (A.), | —       |
| Propédeutique médicale.....                     | ROQUE,          | —       |
| Propédeutique chirurgicale.....                 | GANGOLPHE,      | —       |
| Botanique.....                                  | BEAUVISAGE,     | —       |

## AGRÉGÉS

|                |           |         |                 |
|----------------|-----------|---------|-----------------|
| MM.            | MM.       | MM.     | MM.             |
| BEAUVISAGE.    | CONDAMIN. | VALLAS. | PAVIOT.         |
| ROQUE.         | DEVIC.    | SIRAUD. | NOVÉ-JOSSERAND. |
| ROUX.          | COLLET.   | DURAND. | BERARD.         |
| POLLOSSON (A.) | BOYER.    | DOYON.  | SAMBUC.         |
| ROCHET.        | BARRAL.   | PIC.    | BORDIER.        |
| ROLLET.        | MOREAU.   |         |                 |

M. BEAUDUN, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. OLLIER, Président; M. CHANDELUX, Assesseur;  
MM. GANGOLPHE et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur OLLIER

*Nous sommes heureux de pouvoir remercier, à la fin de nos études, nos Maîtres de la Faculté de Lyon et, parmi nos professeurs, ceux que le hasard des circonstances ou notre goût personnel pour une des branches de l'art médical nous ont fait le plus approcher.*

*Nous tenons à assurer de nos plus respectueux sentiments, M. le professeur Arloing qui, avec cette urbanité scientifique bien connue de tous, nous a permis de nous initier dans son laboratoire à la science bactériologique.*

*Nous avons suivi les leçons de M. le professeur Laroyenne, à la clinique gynécologique de la Faculté ; nous revendiquons l'honneur d'appartenir à son école et de nous dire son élève.*

*M. le professeur agrégé Condamin dont la science n'a d'égale que la bonté pour ses élèves, nous a bien souvent et bien longuement fourni toutes les explications que nous lui demandions sur les différentes affections de la femme : nous ne saurions trop l'en remercier.*

*M. le docteur Repelin, chef de clinique, s'est montré pour nous un professeur et un ami par les conseils*

*pratiques qu'il s'est efforcé de nous donner ; le souvenir des bons moments passés avec lui n'est pas près de s'effacer.*

*M. le professeur agrégé Chandelux nous a donné l'idée de notre travail et nous a rendu la tâche facile en traçant lui-même le plan de notre discussion ; nous le prions d'accepter nos respectueux remerciements et nos excuses si nous n'avons pas répondu, dans notre thèse, à ce qu'il attendait de nous.*

*M. le professeur Ollier a accepté la présidence de notre jury ; c'est pour nous un honneur auquel nous attachons le plus grand prix.*

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### LES ABCÈS PELVIENS

**Leur nature. — Leur siège. — Diagnostic différentiel. — Leurs rapports.**

Sous ce vocable, Delbet groupe un certain nombre de faits différents au point de vue anatomique, mais qui présentent, au point de vue opératoire, deux caractères communs :

*A. — D'être isolés de la grande cavité péritonéale.*

*B. — De ne pouvoir être traités par l'extirpation.*

Toutes les collections purulentes du petit bassin chez la femme peuvent être rangées sous ce titre si nous ne considérons que ce fait « d'être isolées de la grande cavité péritonéale » ; mais celui « de ne pouvoir être traitées par l'extirpation » va nous permettre d'ores et déjà de ne point parler des petits abcès tubaires ou ovariens dans lesquels le pus, contenu en petite quantité dans l'organe lésé, per-

met à l'opérateur d'extirper l'annexe malade qu'il sent seulement au toucher comme augmentée notablement de volume.

Par contre, les grosses salpingites et ovarites adhérentes, les kystes dermoïdes suppurés, les hématoèles et hématomes, les pelvi-péritonites, les salpingo-ovarites enkystées de M. le professeur agrégé Condamin, les phlegmons du tissu cellulaire qui forment comme une gangue autour de l'utérus, sont autant d'affections diverses que nous rangeons, avec Delbet, sous le même titre.

Les phlegmons du tissu cellulaire sont séparés de la grande cavité péritonéale par la séreuse elle-même épaissie qui forme une véritable barrière s'opposant à l'envahissement intra-cavitaire du contenu de la poche purulente ; c'est un mécanisme simple et point n'est besoin de parler de l'anatomie macroscopique de cette forme d'abcès.

Mais comment une collection tubaire ou ovarique, une pelvi-péritonite, un hématome situés, ceux-là, intra-péritonéalement, se trouvent aussi séparés de la grande cavité, cela mérite une explication qui va nous montrer que, dans l'un quelconque de ces faits différents, le résultat est toujours le même et que l'organisme lutte contre l'envahissement des bactéries par un mécanisme unique.

Prenons comme exemple l'hématocèle, collection sanguine au début, venant se collecter dans le cul-de-sac utéro-rectal en rapport direct avec les anses intestinales en haut, la séreuse en bas et sur les côtés. Le péritoine ne reste pas insensible au contact

de cette masse sanguine : il va éprouver une réaction particulière en passant par les phases d'inflammation et d'exsudation et former un ensemble d'adhérences qui vont entourer complètement la collection à la façon d'un sac ; ces membranes fibreuses ne tardent pas à s'organiser, englobent les anses de l'intestin grêle et constituent une sorte de diaphragme pathologique entre l'abdomen et le bassin (1).

M. le professeur agrégé Condamin a publié l'anatomie macroscopique des salpingo-ovarites enkystées et son étude montre bien que les annexes, en contact direct avec les anses intestinales à l'état physiologique, se trouvent, à l'état pathologique, séparées des mêmes viscères par une barrière née de toute pièce, dont la rupture seule permet au pus d'aller envahir la cavité abdominale.

Les adhérences qui constituent ce rempart protecteur forment une véritable toile continue, disposée autour de l'annexe abscondue à la façon d'une coquille autour d'une amande, cette loge est généralement remplie d'un liquide séreux au milieu duquel flottent jusqu'à un certain point trompes et ovaires malades.

M. Condamin a très exactement donné les rapports de cette poche : en bas, elle confine au cul-de-sac recto-vaginal distendu et élargi, c'est le plancher.

En haut, à des anses intestinales et, quelquefois, au fond de l'utérus en légère rétroversion, c'est le

---

(1) TEISSIER. — Pathologie générale.

plafond. Là, surtout, le rôle des adhérences est bien visible : les anses intestinales sont soudées entre elles et l'épaisseur du sac est si grande qu'on ne peut sentir, en explorant avec le doigt la paroi interne et supérieure de cette poche, des bosselures correspondantes aux anses intestinales accouplées.

Postérieurement, on trouve la face antérieure du rectum recouverte par son feuillet péritonéal et, latéralement, en bas, les parois sont formées par la réflexion du péritoine sur les ligaments utéro-sacrés (1).

Le même mécanisme de protection se retrouve dans la pelvi-péritonite, mais les adhérences forment un véritable lacis englobant la trompe, l'ovaire, l'intestin, le fond de l'utérus et circonscrivant souvent plusieurs poches aussi isolées les unes des autres qu'elles le sont, prises ensemble, de la grande cavité.

Cet agrégat de plusieurs organes soudés ensemble correspond à la volumineuse tumeur que le palper et le toucher combinés révèlent aisément.

Peut-on poser le diagnostic différentiel du siège de la collection? Sauf pour les phlegmons du ligament large, qui donnent toujours le plastron latéral pathognomonique, nous devons répondre par la négative ; dans tous les cas, le toucher révèle une tumeur douloureuse à la pression, un empâtement souvent énorme des culs-de-sac vaginaux ; même sous

---

(1) CONDAMIN. — Salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite. — *Arch. provinc de Chirurgie*, 1894.

anesthésie, alors que les muscles abdominaux n'opposent plus leur défense, on n'a, le plus souvent, qu'une sensation diffuse permettant d'affirmer presque sûrement la présence d'une collection et de déterminer aussi sa position topographique dans le bassin (1).

Puis, au cours de l'opération, le débridement ayant donné issue au liquide séreux, purulent ou hémattique (2), le chirurgien allant à la recherche rencontre sous son index une cavité close, sac qui contenait la collection et qui adhère souvent intimement aux tissus voisins. Il lui est bien difficile d'affirmer, même après cette exploration, dans quel point exact du territoire pelvien cette poche purulente s'est développée. Même dans les cas pathologiques de M. le professeur agrégé Condamin (cas assez fréquents pour être considérés comme une entité pathologique) où les lésions se présentent toujours les mêmes, le pyo-salpinx n'est diagnostiqué qu'après le premier temps de l'opération, lorsque la poche de pelvi-péritonite ouverte, a laissé écouler son contenu séreux et que le doigt explorateur introduit dans

---

(1) P. SEGOND. — Le diagnostic est parfois difficile... Mais les erreurs si fréquentes sur le caractère anatomo-pathologique des lésions n'ont pas d'inconvénients graves en ce sens qu'elles ne modifient nullement les indications opératoires.

(2) LAROYENNE. — *Congrès de Genève*, 1896. La nature du liquide séreux, purulent, hémattique ne correspond pas à des symptômes spéciaux ; aussi le contenu des collections ne peut, le plus souvent, être diagnostiqué avant l'incision.

cette première poche, arrive sur l'annexe où siège la collection.

Pouvons-nous tirer parti des prodromes? Il suffit de fréquenter quelque peu les cliniques gynécologiques pour s'apercevoir qu'il n'existe aucun rapport entre les sensations diverses ressenties par les malades et le genre d'abcès pelvien dont elles sont atteintes ; tout au plus, les cas post-abortifs et post-obstétricaux mis à part, découle-t-il de leur interrogatoire la nature de l'agent infectieux.

Elles n'eurent, pour la plupart, jusqu'à leur mariage ou leurs premiers rapports sexuels, que quelques-uns de ces malaises inhérents à leur sexe même : avances ou retards passagers de règles précédés ou suivis de quelques vagues douleurs, et leur histoire, toujours la même, commence à dater du jour où elles devinrent « Madame ».

Pertes blanches, disent-elles — vertes ou jaunes, quand on les questionne — cuisantes douleurs à la miction, rapports sexuels des plus pénibles ; puis, à mesure que l'infection gonococcienne remontait la filière génitale, règles irrégulières et douloureuses, coïncidant avec la métrite dont leur col granuleux reste l'indéniable témoin ; enfin tout le cortège des douleurs vagues irradiées aux reins et aux cuisses, accompagnées de fièvre, d'inappétence, de nausées, douleurs qui les ont conduites vers la clinique où elles échouent révélant au toucher leurs annexes volumineuses et douloureuses ou l'effacement de leurs culs-de-sac vaginaux. Ce sont les phlegmasies qu'on peut le plus fréquemment observer en gyné-

cologie et l'étiologie de ces collections pelviennes pourrait se résumer en deux mots : infection blennorrhagique.

Il semble, *a priori*, que la poche purulente doit se présenter avec les mêmes rapports chaque fois que le pus a son siège dans une même partie du territoire pelvien. Rien n'est, cependant, plus changeant que les rapports contractés au cours de ces phlegmasies par les organes malades. Nous pouvons voir, par exemple, la trompe collectée, tomber dans le cul-de-sac recto-vaginal ou remonter se mettre en contact avec la paroi abdominale, et ce en passant par tous les intermédiaires.

La collection bombe souvent dans l'un des culs-de-sac séparée seulement du vagin par le péritoine, le tissu cellulaire aminci par distension ou épaissi par inflammation et la muqueuse ; le douglas, distendu par le pus, forme un bourrelet venant jusqu'à l'extrémité inférieure du col qui paraît effacé, repoussé en avant et en haut ; d'autres fois la collection remonte, au contraire, bien haut dans le bassin, quelquefois jusqu'au-dessus de l'arcade crurale latéralement ; le palper et le toucher donnent la sensation d'une énorme tuméfaction et le doigt vaginal, au lieu de trouver le cul-de-sac postérieur bombant dans le vagin, en déprime alors les parois à consistance dure ligneuse. La tumeur est alors séparée du vagin par le péritoine considérablement épaissi et couvert d'adhérences, par du tissu conjonctif œdématié, si bien qu'une masse scléreuse de trois ou quatre centi-

mètres d'épaisseur sépare la poche pleine de pus de la muqueuse vaginale (1).

Ce fait n'intéresse pas seulement le diagnostic différentiel, c'est, croyons-nous, un point capital qui doit servir de guide au chirurgien dans son intervention, et de base à la discussion que nous soutiendrons dans la suite de notre travail, à savoir, qu'il y a tout intérêt à aborder la poche purulente par l'endroit où elle fait saillie :

1<sup>o</sup> Par le vagin lorsque les culs-de-sac sont distendus.

2<sup>o</sup> Par l'abdomen lorsque la palpation révèle la tumeur sous-jacente à sa paroi.

Mais, avant d'aborder la discussion de la méthode opératoire, voyons, à notre avis, dans quel cas et à quel moment l'intervention chirurgicale s'impose.

Comme nous l'avons dit, l'agent infectieux arrive dans la trompe par voie ascendante et s'y développe ; la collection se formant entraîne avec elle l'élévation de la température, les douleurs, irradiées ou non, les vomissements, tout le cortège ordinaire des suppurations internes. Doit-on, dès le début, intervenir chirurgicalement ? Ce n'est point notre avis et nous croyons que l'expectation armée peut rendre quelquefois de meilleurs services qu'une intervention hâtive dirigée, même d'une main sûre, par un habile opérateur.

---

(1) CONDAMIN. — *Archives prov. de Chirurgie*, 1894.

Il y a, en effet, deux modes de guérison de ces abcès pelviens : leur évacuation spontanée ou leur passage à l'état chronique indolore.

La trompe, distendue et globuleuse, peut fort bien se vider par la voie naturelle qui a servi de route à l'agent infectieux, par le conduit tubaire, l'utérus et le vagin. C'est là un résultat des plus heureux, puisqu'il ne se crée pas d'autre lésion pour la guérison de la première. Quelques chirurgiens (1) n'ont-ils pas essayé d'imiter ce processus en proposant l'expression des trompes (2) et leur cathéterisme ?

D'autres fois, au contraire, au cours de la phlegmasie, le liquide collecté s'échappe en se déversant par effraction dans un conduit de l'organisme : rectum ou vagin le plus souvent, l'intestin ou la vessie comme il en existe quelques observations. Moins souvent c'est par phlegmon de la paroi abdominale que le pus trouvera issue au dehors.

Quoique une pareille affirmation paraisse bizarre, les modes de terminaison par le rectum et le vagin sont absolument heureuses pour les malades. Les collections, pour se vider ainsi, ont acquis leur entier développement et tous les tissus touchés par l'inflammation ont eu le temps de se détruire. Résultat : guérison sans suite, sans qu'il reste ces brides douloureuses post-opératoires formées, le plus souvent, par des tissus, non pas cicatriciels, mais bien

---

(1) Vide *Amer. Journ. of Obstet.*, février 1888, t. XXI.

(2) Vide *Amer. Journ. of Obstet.*, juin 1887, t. XX.

sclérosés dès le début de l'inflammation, tissus qui persistent sans disparaître au cas d'une intervention hâtive.

On peut aussi, souvent, observer le passage à l'état chronique. Dans ce cas, la température tombe vite pour revenir à la normale, les douleurs cessent, la collection, jamais énorme, diminue de volume, l'état général s'améliore et la malade peut reprendre le cours de ses occupations. Le liquide collecté est devenu stérile ; il se résorbe peu à peu, jusqu'à complète disparition, ou se réunit en un petit kyste pouvant encore persister sans amener aucun phénomène pathologique ou douloureux.

La terminaison d'une salpingite aiguë par évacuation spontanée s'observe donc, avons-nous dit, dans un certain nombre de cas. Aussi doit-on tout d'abord soumettre les malades à un traitement médical, dont les cataplasmes sur le bas-ventre, les purgatifs, les opiacés pour calmer les douleurs, et surtout les douches vaginales répétées trois fois par jour avec la solution boriquée à 40/1000 chauffée à 45° et employée chaque fois dans la proportion de deux litres environ, formeront la base. La malade, pendant tout ce traitement, doit garder le repos au lit.

Lorsque malgré ces soins la collection purulente se dessine, soit du côté des culs-de-sac vaginaux refoulés par elle, soit du côté de la paroi abdominale avec laquelle elle vient se mettre en rapport, à ce moment l'ouverture de la collection doit être faite par l'une ou l'autre de ces deux voies.

Si, par contre, la collection inflammatoire reste

éloignée, soit du vagin, soit de la paroi abdominale antérieure, on est autorisé à temporiser encore, et c'est dans ces cas que l'évacuation spontanée se produit souvent, soit ordinairement par l'intestin, soit plus rarement par la vessie, évacuation bientôt suivie de guérison.

On voit aussi, comme nous l'avons dit, la régression de la poche purulente s'effectuer peu à peu dans quelques cas par une résorption graduelle et laisser à sa suite comme reliquat une tuméfaction de volume généralement peu considérable dont la présence s'accuse seulement par des sensations extrêmement légères. Dans ce cas on peut considérer cette terminaison comme équivalente à une guérison.

Cette évolution des salpingites s'observe beaucoup plus fréquemment dans la clientèle qu'à l'hôpital : les soins particuliers dont peuvent être entourées les malades de la première catégorie l'expliquent suffisamment.

Dans d'autres cas, au contraire, la salpingite aiguë peut persister pendant longtemps, après la disparition de la fièvre et des phénomènes inflammatoires, à l'état de kyste purulent de volume souvent considérable, sans aucune tendance à la régression. C'est alors que l'intervention devient nécessaire et qu'elle sera pratiquée, soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale, suivant que la poche sera davantage rapprochée de l'une ou l'autre de ces parois.

En n'intervenant pas trop hâtivement, on a en

outre l'avantage, comme nous l'avons déjà indiqué à propos de l'évacuation spontanée, d'ouvrir des collections purulentes bien formées dans lesquelles les tissus infiltrés par les éléments septiques ont été détruits par la suppuration, ce qui est une condition éminemment favorable à la cicatrisation rapide du foyer ; tandis que, par l'incision hâtive, cette destruction devant s'opérer peu à peu, la période de suppuration et par conséquent de durée totale de la guérison ne s'en trouve pas abrégée.

---

## CHAPITRE II

---

### **Le débridement des collections suivi de drainage suffit-il à amener la guérison ?**

Il nous faut, avant d'entamer la discussion, diviser les collections pelviennes en deux grandes classes :

1<sup>o</sup> Celles qui prennent naissance et se développent dans les annexes.

2<sup>o</sup> Celles qui sont nées de la suppuration d'une partie quelconque des tissus situés dans le pelvis, sans que les trompes ou les ovaires prennent une part active dans la phlegmasie.

#### COLLECTIONS ANNEXIELLES

Nous ne ferons pas l'historique de toutes les discussions qu'eurent à ce sujet les chirurgiens qui prirent part, depuis une dizaine d'années, aux différents congrès de médecine et de chirurgie qui se tinrent en Europe et nous n'analyserons pas les communications qui furent faites depuis dans tous

les journaux ou revues scientifiques ; le tout a été consciencieusement fait dans de précédents ouvrages que nous avons été heureux de consulter au cours de notre travail (1).

C'est la question à l'ordre du jour dans tous les congrès et beaucoup de ceux qui ont un nom dans la chirurgie contemporaine eurent à honneur d'y venir prôner leurs idées, vanter les résultats obtenus et — pour quelques-uns du moins — rejeter avec intranquillité tout système opératoire en contradiction avec la méthode qu'ils ont adoptée.

Ce fut au Congrès de Bruxelles 1895 que Péan, entrant dans la discussion soulevée par M. Paul Segond affirma « qu'il y avait toujours stérilité consécutive à tous les cas de double suppuration des trompes. »

Cette affirmation de Péan fut prise comme un axiome et servit de base pour légitimer toutes les grandes interventions que tentèrent et tentent encore bon nombre de chirurgiens dans les suppurations tubaires.

La logique est là qui les pousse : stérilité consécutive ? Point n'est besoin de songer à conserver un organe dont la fonction physiologique est abolie, et

---

(1) ISAAC. — Th. Paris 1895.

FONVIELLE. — Th. Paris 1898.

DALLY. — Th. Paris 1898.

SASSI. — Th. Paris 1898.

JANDEAU. — Th. Montpellier 1899.

MASSON. — Th. Paris 1899, etc., etc.

dont la présence n'est pas indispensable au fonctionnement général de l'organisme. Donc pour beaucoup la salpingectomie s'impose. Mais là ne va pass'arrêter leur raisonnement. Puisque en supprimant les trompes, nous supprimons aussi le rôle physiologique de l'utérus, pourquoi, disent-ils, ne pas pratiquer d'emblée l'hystérectomie totale ?

Ils auraient complètement raison si l'axiome dont ils parlent pour échafauder leur système était rigoureusement exact, si la perméabilité des trompes était toujours abolie dans tous les cas de suppuration. En parcourant les comptes rendus des différents congrès nous n'avons retrouvé aucune communication sur ce point capital : aucun des assistants n'a élevé la voix pour discuter avec preuves (1) à l'appui, la valeur de ce principe posé quelque peu à la légère, croyons-nous, au cours d'une discussion tendancieuse. Il est bien certain que, dans un grand nombre de cas, après double suppuration des annexes, la fécondation a eu lieu chez les malades guéries à la suite d'un traitement conservateur et que, sans accident, la grossesse à suivi jusqu'à la fin son cours naturel (2).

---

(1) Cela n'a rien d'étonnant : la plupart des chirurgiens tirent leurs observations de leur pratique hospitalière ; les malades opérées et guéries retournent chez elles, souvent dans les localités environnantes et sont complètement perdues de vue.

(2) ISAAC. — Th. Paris 1895. Malgré les apparences de lésions considérables, on a vu souvent les accidents disparaître soit spontanément, soit à la suite de traitements modérés. La perte de la fonction physiologique n'est pas fatale, irrémé-

## OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le docteur P. Charrasse  
*licencié ès-sciences.*

Mme M. B..., 27 ans, mariée et mère d'un enfant de 4 ans bien portant, me fait appeler le 5 juillet 1897.

Réglée depuis l'âge de 13 ans et 1/2 toujours fort régulièrement, n'a aucun passé pathologique ou héréditaire à signaler.

Je trouve la malade couchée avec 39° de température, se plaignant de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche, avec irradiations aux reins, à l'épaule gauche ainsi qu'aux deux membres inférieurs. Cet état a débuté il y a trois semaines environ, après une longue marche en montagne.

Les envies d'uriner sont fréquentes, les selles sont rares et douloureuses.

La malade a depuis six mois environ une leucorrhée assez abondante qu'elle met sur le compte de l'anémie.

*Examen physique.*— Le corps de l'utérus est en anteflexion derrière le pubis ; le col granuleux est repoussé dans le cul-de-sac latéral droit. Dans le cul-de-sac gauche fait nettement saillie une volumineuse tumeur très douloureuse au

---

diable. Tout peut rentrer dans l'ordre dans un temps plus ou moins éloigné et les cas de grossesses suivies d'accouchements normaux ne sont pas rares dans ces conditions.

RANDON. — Th. Lyon 1900 : Sur 122 débridements il y a eu 28 grossesses ultérieures.

BÉTRIX, de Genève, a donné une observation de grossesse à la suite d'une double salpingite. « Dans ce cas, une des deux trompes au moins est redevenue perméable et son revêtement épithélial s'est trouvé capable de transporter l'ovule « ou le spermatozoïde qui a déterminé la fécondation. »

toucher, semblant se continuer dans le cul-de-sac postérieur, légèrement distendu.

La palpation délimite du côté droit une tumeur pelvienne de la grosseur d'une orange.

*Intervention* (7 juillet). — Les parois vaginales écartées au moyen de valves, le cul-de-sac postérieur est incisé au bistouri. Un liquide séreux, jaune citrin, s'écoule en notable quantité.

Le doigt introduit dans cette cavité vidée de son contenu, déprime à gauche une tumeur assez volumineuse qui paraît être la trompe gauche distendue et globuleuse. Elle s'effronde sous le doigt donnant issue à du pus blanchâtre, mal lié.

Du côté droit, la main abdominale déprimant la paroi au-dessus du pubis, abaisse vers le vagin la trompe droite globuleuse qui est ouverte au moyen d'une pince longue, et qui contenait un liquide hémato-purulent.

Lavage antiseptique modéré; hémorrhagie nulle. Deux gros drains sont placés dans l'ouverture du cul-de-sac postérieur.

11 juillet. — La température de la malade est revenue à 37°7. Des irrigations à l'eau boricuée ont été faites quatre fois par jour. Les drains en caoutchouc sont remplacés par une mèche de gaze iodoformée changée tous les trois jours.

La malade est complètement guérie le 7 août et recommence à vaquer sans aucune gêne à ses occupations.

J'eus l'occasion de revoir souvent Mme B..., elle ne s'est jamais ressentie de son opération. Je la rencontrai au mois d'août 1899, elle était enceinte de deux mois; la grossesse a suivi son cours naturel, sans autres complications que quelques vomissements d'ailleurs vite calmés. Mme B... accoucha le 17 mars 1900 d'un enfant mâle du poids de 3 k. 800.

Nous n'avons jusqu'ici, et volontairement, parlé que des lésions bilatérales : la raison en est bien simple; lorsqu'une seule annexe est collectée, la

majeure partie des gynécologistes n'hésite pas à sacrifier l'organe malade, l'autre restant pour assurer la marche du processus de la fécondation.

Nous allons citer deux observations personnelles prises à la clinique de M. le professeur Laroyenne, comme pouvant dans quelques cas donner la clef du mécanisme qui régit le retour de la perméabilité tubaire, même après de grosses collections.

Les trompes épaissies et globuleuses avaient été enlevées par voie vaginale : dans les deux cas, nous avons trouvé du pus, mais formant une petite collection kystique développée aux dépens du parenchyme même de la trompe et non pas incluse dans la cavité tubaire distendue. Que se serait-il passé si l'opération eût été différée ? Le kyste purulent (qu'on n'avait pu diagnostiquer vu son trop faible volume), se serait développé pour devenir une collection pelvienne, celle-ci guérie par une intervention conservatrice quelconque et le tout s'étant passé en dehors du conduit tubaire, la malade eût pu sans doute recouvrer l'intégrité de sa fonction physiologique.

## OBSERVATION II

Léonie M..., 25 ans, entre le 12 septembre 1899 à la clinique gynécologique de la Faculté.

Aucun antécédent pathologique notable. Elle fut réglée à 13 ans toujours régulièrement. Durée moyenne des époques, 4-6 jours, s'accompagnant presque toujours de douleurs.

Les dernières règles remontent à un mois ; les douleurs qui l'ont amenée à la clinique datent de cette époque et sont allées en augmentant jusqu'à aujourd'hui.

La malade n'a jamais eu de pertes blanches. La miction est douloureuse ; point de constipation.

*Examen physique.* — Le corps de l'utérus est horizontal, le col, en bonne position, n'est pas ulcéré.

On sent par le palper et le toucher combinés deux petites masses très douloureuses, situées l'une à droite, l'autre à gauche dans le pelvis.

*Intervention.* — 16 septembre, ouverture du Douglas et ablation de la trompe gauche ; on libère la trompe droite de quelques adhérences.

On constate que le conduit tubaire est entièrement perméable : un kyste purulent de la grosseur d'une noix se trouve sur la face postérieure de la trompe mais ne communique pas avec le conduit tubaire.

Sortie de la malade 16 octobre 1899.

### OBSERVATION III

G. P..., 23 ans, couturière, entre le 19 septembre 1899, à la clinique gynécologique.

Elle a un enfant de 17 mois, bien portant. Fausse couche, le 4 juin 1899. Pas de maladie antérieure.

Réglée à 15 ans, la malade, qui était anémique, est restée un an sans avoir de pertes. Elles sont revenues ensuite avec une tendance à avancer de deux trois jours ; elles sont ordinairement accompagnées de douleurs.

Pertes blanches habituelles, devenues plus abondantes depuis les couches. Leur coloration a changé : elles sont maintenant jaunâtres et empèsent le linge. Depuis son avor-

tement la malade perd en rouge dans l'intervalle des règles.

Ses époques du mois de juillet ont duré quinze jours. Depuis, la malade souffre dans la région du bas-ventre, surtout dans la fosse iliaque droite. Les douleurs sont plus fortes vers la fin de la journée et augmentent dans la station verticale.

Besoin fréquent d'uriner : la miction s'accompagne de cuisantes douleurs.

*Examen physique.* — Utérus en antecoudure, col légèrement entrouvert, granuleux.

On sent, dans le cul-de-sac latéral gauche, une masse irrégulière de la grosseur d'une orange ; une masse plus petite est sentie dans le cul-de-sac latéral droit. Ces deux tumeurs sont très douloureuses à la pression.

*Intervention*, 12 septembre. — Ouverture du Douglas et ablation de la trompe et de l'ovaire gauches ; salpingectomie droite.

La trompe gauche est épaissie, tortueuse. Une collection purulente est développée sur sa face postérieure. Le conduit tubaire laisse passer un stylet mousse : il est entièrement perméable.

Sortie de la malade, 21 octobre 1899.

Que reproche-t-on au simple débridement suivi de drainage ? Nous allons citer les paroles de M. Richelot, résumant les griefs invoqués contre la simple ouverture des collections annexielles. « Parmi les  
« malades, les unes guérissent complètement, d'au-  
« tres conservent leurs indurations inflammatoires  
« compliquées ou non de la persistance d'une poche  
« réduite mais non complètement effacée, fermée ou  
« fistuleuse. Elles gardent aussi des douleurs qui  
« sont toujours loin d'égaliser celles qui existaient  
« avant l'intervention et qui l'ont motivée. ... »

« Ainsi parlait Laroyenne. A cette époque on était  
« mal renseigné sur le siège des abcès péri-utérins.  
« Mais, depuis lors, la question s'est élargie ; nous  
« savons que le pus est volontiers dans la trompe,  
« que celle-ci est épaissie et peut se fermer difficile-  
« ment quand on l'a ouverte » (1).

C'est la principale raison invoquée contre la simple ouverture des collections tubaires : la trompe ouverte est épaissie et se ferme difficilement, d'où il résulte, bien souvent — c'est du moins un avis que nous sommes loin de partager — des fistules allant de la poche purulente à l'incision extérieure. Nous discuterons plus loin le peu de valeur de ces objections ; nous renvoyons aux travaux qui furent faits un peu partout et qui eurent pour but de démontrer que la guérison était toujours de règle lorsque l'incision a été suivie d'un sérieux drainage continué pendant longtemps.

A la clinique de M. le professeur Laroyenne, celui-ci est assuré par des mèches de gaze iodoformées rentrées à pression à travers les lèvres de l'ouverture. M. le Dr Vincent emploie au contraire deux drains de caoutchouc accolés en canon de fusil et portant deux oreilles qui en assurent le maintien en place ; ces drains permettent de procéder à une large irrigation dont ce chirurgien n'a jamais eu qu'à se louer (2).

---

(1) Congrès de Genève. Vide *Annales de Gynec.*, 1896, 2<sup>e</sup> semestre.

(2) DE LA BONNARDIÈRE. — *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1896, tome XIV, pages 46-126.

### COLLECTIONS PÉRI-UTÉRINES

La lutte est fort vive, à l'heure actuelle, entre les partisans de l'hystérectomie et les adeptes du débrièvement dans les collections pelviennes développées autour de l'utérus et non annexielles: « pelvi-péritonites, hématocèles, cellulites, etc.

Nous ne reparlerons pas des suppurations extra-péritonéales à plastron latéral ou médian. « Les incisions les plus diverses peuvent trouver leur indication » (1). Ce sont là des abcès simples justiciables d'une ouverture au point le plus saillant, abdominal sus-pubien, crural; souvent-même une contre-ouverture sera utile pour pouvoir assurer un sérieux drainage avec irrigations antiseptiques, moyen qui semble souvent considérablement hâter la guérison.

Nous ne reviendrons pas sur l'anatomie pathologique de ces collections péri-utérines que nous avons signalée au premier chapitre de notre travail; qu'il nous suffise de rappeler qu'elles sont toujours isolées du reste de la grande cavité par une toile d'adhérences, rempart protecteur contre l'invasion du pus.

Mais nous devons nous étendre quelque peu sur une autre particularité que présentent bien souvent ces poches remplies par la collection: c'est le cloisonnement intérieur du sac collecté.

---

(1) JACOBS. — Congrès de Bruxelles.

Cette forme d'abcès superposés, nettement séparés les uns des autres par des cloisons étanches (1) a servi, pour ainsi dire, de base à la discussion de la méthode opératoire à employer sur les malades qui en sont porteurs.

Péan, parlant de ces cas pathologiques très fréquents, dans lesquels l'inflammation amenait des adhérences scléreuses cloisonnant le bassin et circonscrivant plusieurs poches, concluait en disant que, seule, l'hystérectomie est l'opération rationnelle (2). L'utérus est considéré comme une bonde s'opposant à la libre sortie du pus par le vagin, voie naturellement la plus déclive.

MM. Bouilly, Terrillon, Richelot, Lucas-Championnière, Routier, Bazy, Reynier (3) se sont successivement rangés à cet avis qui reposait au début sur une complication pathologique. C'était aussi l'avis de M. P. Segond qui trouvait l'indication de l'hystérectomie « dans les pelvi-péritonites suppurées avec « enclavement de l'utérus par des adhérences étendues, au milieu de poches purulentes multiples ».

---

(1) SNÉGUIREFF et A. GOUBAROFF, de Moscou. — Le tissu cellulaire du bassin présente une disposition particulière peu connue qui est la suivante : il forme des cloisons que nous appelons mésentères cellulaires.

Le mésentère cellulaire du ligament rond a une grande importance car il divise toutes les inflammations du bassin en deux groupes, un antéro-latéral, l'autre postéro-latéral... etc., etc. (*Bulletin Médical*, 1892, page 1231).

(2) Congrès de Bruxelles.

(3) MASSON. — Th. Paris, 1899.

Mais, ainsi que nous le disions au chapitre premier, sur le diagnostic des lésions et de leur siège, comment reconnaître la multiplicité des poches avant le commencement de l'intervention? Il n'existe aucun symptôme pouvant nous guider sûrement ; la température, l'état général, l'exploration nous permettent d'affirmer la présence de la collection, mais nous ne pouvons rien savoir sur sa variété.

D'un autre côté, même pour ces lésions diffuses, le débridement ne donne-t-il pas d'excellents résultats? Nous n'en voulons pour preuve que l'autorité des chirurgiens qui, restés fidèles aux procédés conservateurs, s'applaudissent des succès que leur procure chaque jour la méthode adoptée.

M. Gouilloud, au Congrès de Bruxelles, n'a-t-il pas rappelé des cas de suppuration péri-utérine où il avait ouvert plusieurs poches successives, une observation, entre autres, où sept abcès superposés furent successivement débridés par voie vaginale? La guérison fut obtenue sans récurrence et sans suites.

« Nous nous sommes décidé au débridement  
« vaginal après avoir hésité à lui préférer une hysté-  
« rectomie ; nous nous en sommes félicité ; cepen-  
« dant nos malades avaient des poches purulentes  
« multiples et ligneuses », disait M. Adenot au Congrès de Genève.

De nombreuses observations, prises dans le service de M. Vincent et publiées par M. de la Bonnardière, dans les *Annales de Gynécologie*, montrent le résultat heureux et toujours de règle obtenu par le débridement suivi de drainage.

M. le professeur Laroyenne estime « que les foyers  
« sont assez largement ouverts ; de plus, les malades  
« ne sont pas exposées à la blessure de la vessie ou  
« des uretères, accidents possibles au cours d'une  
« hystérectomie » (1).

Nous avons d'abord parlé des cas pathologiques les plus complexes pour nous permettre de ne pas discuter longuement la tendance actuelle qui voudrait voir, dans l'ablation de l'utérus, le premier temps de toute intervention pour abcès péri-utérins. A l'heure actuelle les foyers multiples ne sont plus les seuls qui réclameraient cette grave opération.

M. Richelot, d'ailleurs fort applaudi à Genève, s'écriait : « *L'hystérectomie est l'opération préliminaire* ; elle donne l'évacuation large des foyers de cellulites et des abcès péritonéaux ».

C'est-à-dire, si nous traduisons cliniquement cette phrase qui résume aussi l'opinion de MM. Reclus et Nélaton : En présence d'un abcès péritonéal, d'une cellulite quelconque, le chirurgien doit pratiquer d'emblée l'hystérectomie, opération qui donnera — cela se conçoit aisément — la plus large ouverture pour laisser écouler le contenu de la poche purulente.

Nous ne croyons point devoir nous ranger du côté de cette intervention radicale qui semble, aujourd'hui, devenir une règle et qui reste, pour nous, une véritable exception ; nous nous faisons scrupule de sacrifier

---

(1) *Annales de Gynéc.*, 1896, tome II, page 172.

l'utérus (1), par principe, devant les cas si nombreux de guérisons obtenues par cette intervention conservatrice « l'incision et le drainage ».

Nous n'avons pas fait allusion, jusqu'ici, à la laparotomie comme mode d'intervention dans les suppurations pelviennes. A une certaine époque les opérations pratiquées dans les cas de salpingite, par la voie abdominale, dans des conditions différentes de celles que nous établirons plus loin, ont présenté de sérieux dangers et amené parfois de redoutables complications, péritonites survenues après des laparotomies conduites avec toutes les règles d'une antisepsie rigide que tout chirurgien connaît et applique strictement; mais, d'abord, quels sont les motifs invoqués par les laparotomistes (2) pour justifier leur intervention?

Il faut bien avouer qu'ils s'appuient sur d'excellentes raisons et que leur théorie présente quelques points difficiles à réfuter. La vue, disent-ils, est le meilleur auxiliaire pour juger de l'étendue et de la gravité des lésions. L'exploration pelvienne qui suit un débridement vaginal est forcément incomplète; nous, la collection évacuée, nous pouvons nous rendre exactement compte de l'état des trompes, des

---

(1) *Vide* ISSAC; Th. Paris, 1895.

(2) CHAPEYRON. — Th. Bordeaux, 1899.

O. TERILLON. — Ouverture des abcès intra-périt. et profonds du bassin par la laparotomie. Soc. Chir., 1887.

POZZI, DE LOSTALOT, BAUDRON. — Remarques sur trente laparotomies. *Annales de Gyn.*, 1890.

ovaires, des brides jetées comme des ponts entre les différents organes pelviens. Si nous respectons ceux-ci, nous les libérons de leurs adhérences et la guérison s'effectue ensuite sans que les malades souffrent de ces continuelles douleurs causées par la rétraction de tissus sclérosés et ligneux.

Cet argument n'est assurément pas sans valeur, mais les chirurgiens qui préfèrent aujourd'hui intervenir par la voie vaginale s'appuyent sur ce fait : que le territoire pelvien supporte plus aisément le contact des agents pathogènes et que, d'autre part, les anses intestinales situées au dessus de la collection purulente ou bien sont déjà adhérentes et forment une barrière, ou bien adhéreront très rapidement entre elles après l'intervention et empêcheront, par conséquent, toute propagation de l'infection à la grande cavité péritonéale.

Voyons donc comment se comportent les chirurgiens qui préconisent la voie abdominale, comme étant celle de choix, lorsqu'ils arrivent en présence de poches remplies par la collection et adhérentes souvent aux parois du pelvis ou à l'intestin.

Ils ont recours à la ponction et à l'aspiration pour vider la poche de son contenu, mais, au préalable, ils ont dû dans bien des cas, dissocier les anses intestinales adhérentes entre elles et détruire, par conséquent, la barrière adventice qui, ainsi formée, isolait la grande cavité péritonéale. De plus, s'il existe un foyer de péritonite enkystée, comme il est impossible, ainsi que nous l'avons dit, de savoir si il contient un liquide séreux, hématique ou purulent, ils

s'exposent, dans ce dernier cas, à infecter le péritoine.

Voilà, pour nous, par où pèche gravement leur système. Nous en connaissons, parmi les plus hardis des chirurgiens, qui tremblent à la pensée des poussières charriées au-dessus du champ opératoire et qui n'hésitent pas à laisser dans l'abdomen une poche septique ouverte ou des moignons de trompes abcédées !

Nous admettons, c'est vrai, que les nouvelles méthodes antiseptiques, combinées aux drains, aux Mickulicz, peuvent empêcher, dans une certaine mesure, les colonies microbiennes de pulluler et de se propager à distance ; mais nous considérons, quand même, la présence de germes septiques dans la cavité abdominale comme un danger terrible pour l'opérée. Routh (1), par une longue statistique puisée auprès d'un grand nombre de chirurgiens, n'a-t-il pas démontré que la mortalité des femmes traitées par la laparotomie atteignait 14 %, tandis qu'elle variait de 0 à 4 %, sans jamais dépasser ce nombre, chez les malades opérées par d'autres méthodes ?

La conduite à tenir dans les suppurations pelviennes fut posée avec une juste appréciation par M. P. Segond. « En premier lieu, il doit être bien entendu que les interventions graves, comme la « laparotomie ou l'hystérectomie, seront toujours, « scrupuleusement réservées aux femmes chez les-

---

(1) *British Gynecological Society*, 12 avril 1894.

« quelles il est manifestement impossible de se con-  
« tenter d'une chirurgie plus conservatrice, soit qu'on  
« ait conscience d'avoir épuisé les ressources, soit  
« que l'urgence d'un cas particulier défende toute  
« temporisation. . . » (1).

Nous croyons, avec M. P. Segond, que l'hystérectomie doit être réservée à des cas spéciaux et graves, lorsque la suppuration, par exemple, s'est propagée aux parties voisines du petit bassin, mais nous acceptons la laparotomie qui n'offre plus aucun danger avec le manuel opératoire que nous exposerons dans le dernier chapitre de notre travail.

M. Félix a jeté un véritable cri d'alarme, conclusion du Congrès qui se tint à Bruxelles en 1892. « Ce Congrès, dit-il (2), atteste l'audace des chirurgiens et il est facile de supposer le nombre formidable de femmes qui, dans le monde entier, sont devenues stériles par l'hystérectomie, aussi doit-on se demander si on n'en fait pas un usage abusif ! »

Nous étendons volontiers ces paroles à la salpingectomie et nous croyons qu'il est du devoir de l'opérateur de ne pas enlever primitivement et par principe à sa malade son droit à la fécondité, puisqu'il est en sa possession, par un traitement conservateur, d'arriver à une guérison complète permettant souvent aux organes lésés de reprendre normalement leurs fonctions physiologiques.

---

(1) *Bulletin Médical*, 1892, page 1227.

(2) *Bulletin Médical*, 1892, p. 1227.



## CHAPITRE III

---

### **Voie vaginale et voie abdominale.**

L'ouverture des collections suivie de drainage constitue donc, à notre avis, le traitement de choix qu'il convient, le plus souvent, d'employer pour opérer les collections pelviennes. Ce dont nous allons maintenant nous occuper, c'est de savoir quel est le meilleur chemin à suivre pour arriver sur la poche collectée, et le moyen à employer pour la débrider.

Comme nous le disions en décrivant les rapports que contractent les abcès pelviens, une même collection, c'est-à-dire une collection développée dans un même organe, peut contracter des rapports différents au cours de la phlegmasie. Une trompe collectée, par exemple, peut bomber dans le cul-de-sac postérieur ou latéral et être en rapport direct avec la paroi vaginale ; elle peut, au contraire, remonter bien haut dans le pelvis et se mettre en contact avec la paroi abdominale au-dessus de l'arcade curale et même plus haut.

Dans le premier cas, la tumeur sera facilement accessible par le vagin, elle bombe dans le Douglas ; dans l'autre, l'incision de la paroi abdominale sera le plus court chemin à suivre pour arriver directement sur la collection. Dans les deux cas, aucun organe à éviter, aucune crainte de fistules stercorales ou vésicales, point de grosses artères donnant lieu à une issue de sang toujours regrettable. C'est, en un mot, la vieille formule « d'ouvrir les abcès là où ils font saillie ».

Le palper et le toucher combinés éclaireront de suite le chirurgien sur la voie à suivre ; l'examen de la malade sera fait dans la position du decubitus dorsal, les cuisses ramenées sur le bassin pour obtenir au maximum le relâchement des muscles abdominaux.

La main vaginale trouve-t-elle la température du vagin élevée, les culs-de-sac effacés, le col de l'utérus repoussé en avant et en haut ? La voie vaginale est nettement indiquée pour livrer issue à la collection. La main abdominale, au contraire, éprouve-t-elle la sensation d'une tumeur sous-jacente aux muscles, tandis que la main vaginale ne perçoit qu'un empâtement éloigné de la pulpe du doigt ? C'est, alors, par l'incision couche par couche de l'abdomen, que le chirurgien arrivera sur la collection ; nous verrons, dans le dernier chapitre de notre travail, comment il évitera sûrement l'issue du liquide collecté dans la grande cavité péritonéale.

## § A. — VOIE VAGINALE.

### **Trocart et métrotome. — Bistouri et ciseaux. Le drainage.**

Le lieu d'élection pour l'ouverture des collections contiguës aux parois du vagin est le cul-de-sac postérieur. C'est le chemin que doit suivre tout instrument pour gagner l'intérieur du pelvis en évitant toute lésion d'organe et d'artère importants. Nous ne reviendrons pas sur l'anatomie de ce cul-de-sac qui fit, en 1894, l'objet de l'excellente thèse de Commandeur, nous discuterons simplement la manière d'ouvrir le Douglas, trois procédés différents s'offrant au chirurgien adoptant la voie vaginale.

*Trocart et Métrotome.* — C'est le procédé généralement connu sous le nom de « procédé Laroyenne ». Une collection reconnue et l'opération décidée, la malade est placée dans la position de la taille sur un lit gynécologique. On place une pince de Museux sur le col qu'un aide attire en avant et en haut. L'index de la main gauche conduit un trocart à grande courbure qui est enfoncé, au travers du cul-de-sac postérieur, jusqu'à issue du liquide collecté.

La pointe du trocart retirée, la canule à rainure restant en place livre passage à un instrument coupant introduit fermé et retiré ensuite ouvert, créant ainsi une incision calculée d'avance allant de la poche à l'extérieur.

Ce manuel opératoire est simple et a donné d'excel-

lents résultats au Maître et à ses élèves. Mais, il n'est pas de procédé qui ait autant soulevé de critiques et, nous devons l'avouer, cette méthode n'a jamais réuni, en dehors de notre école, qu'un bien petit nombre d'adhérents.

Tour à tour, Pozzi (1), Reverdin (2), Segond (3), Doyen ont attaqué le métrotome et Bouilly fit, à Genève une communication sur les accidents que pouvait faire naître l'emploi du trocart.

« La méthode du professeur Laroyenne est aveugle  
« et surannée », disait M. Doyen à Bruxelles, après  
que M. Jacobs eût déclaré « que la méthode lyon-  
« naise était inapplicable dans les cas de double  
« poche ».

M. Richelot (4), lui aussi, se refuse à voir, dans ce procédé opératoire, aucun des avantages signalés par l'école lyonnaise. « Passons sur les ponctions  
« blanches avouées par nos confrères de Lyon, pas-  
« sons sur les ponctions de l'intestin, à condition,  
« toutefois qu'il s'agisse du rectum. Pour expliquer  
« les bons résultats de Laroyenne et de ses élèves,  
« il faut admettre que leur tact chirurgical est  
« intervenu, a su discerner les indications, suggé-  
« rer quelques tempéraments et, somme toute,  
« suivre le mouvement contemporain. A Paris, nous  
« n'aimons pas cette pointe qui s'enfonce au jugé et

---

(1) *Bull. Société de Chirurgie*, 1886.

(2) *Bull. Société de Chirurgie*, 1888.

(3) Congrès Bruxelles. *Bulletin Méd.*, 1892.

(4) *Annales de Gyn.*, 1896, II<sup>me</sup> semestre.

« qui peut toujours, sauf dans les cas très faciles, « manquer l'abcès et faire quelque malheur ».

En somme, l'écueil est là, sur la difficulté de bien ponctionner; remarquons qu'on est souvent obligé de franchir (1) une épaisseur de tissus pouvant dépasser trois ou quatre centimètres, comme cela se voit souvent dans les salpingites avec dilatations tubaires, accompagnées d'exsudats et de masses scléreuses périphériques. Mais, dans les pelvi-péritonites, les hématoécèles, l'épaisseur des parois n'est jamais considérable et la collection bombe alors nettement dans le vagin. Dans ces cas — les cas très faciles de M. Richelot — l'emploi du trocart est sans danger; au contraire, l'opération est facilitée en ce sens qu'on supprime tout instrument : spéculum, écarteurs, valves, destinés à maintenir béantes les parois vaginales pour permettre la dissection du cul-de-sac.

Mais où la supériorité du trocart s'affirme, c'est, lorsque, le cul-de-sac postérieur ouvert, on se trouve en présence de poches multiples situées plus ou moins haut dans le pelvis : nous savons qu'on peut effondrer les parois de ces poches avec le doigt; dans le cas où elles sont trop profondément placées, quelques chirurgiens les percent avec le dilateur-gouttière de Tripier, d'autres avec les dents d'une pince languette qu'ils retirent ouverte. Il nous semble

---

(1) CONDAMIN. — *Arch. provinc. de Chirurgie*, 1894, pages 486, 504.

plus simple d'employer alors le trocart et le métrotome de Laroyenne, le premier guidant sûrement l'instrument coupant, qui ne peut faire d'échappées, l'ouverture étant réglée d'avance et le débridement s'effectuant sans remuer, sans mouvement de va-et-vient.

Il y eut, surtout au début de l'emploi du trocart et du métrotome, quelques accidents provenant de l'application, dans tous les cas, de cette méthode opératoire : blessures des urètères, ponctions de l'intestin suivies de fistules intestino-vaginales, persistantes ou non, etc. . .

La blessure des urètères n'a jamais été constatée lors d'une première ponction; cet accident est toujours survenu lorsqu'on a ponctionné le cul-de-sac d'une malade précédemment opérée par cette voie. C'est ce qu'indique nettement Commandeur dans sa thèse. « D'ailleurs nous tenons de M. Conda-  
« min que les cas où la blessure de l'urètre était  
« survenue après une ponction par la méthode de  
« M. Laroyenne, étaient toujours des cas de ponc-  
« tions itératives. Les vaisseaux, et surtout l'urètre,  
« sont entraînés par la rétraction de la cicatrice pre-  
« mière et sont, le plus souvent, attirés en dedans ».

Quant aux ponctions de l'intestin (1), nous les avons vues lorsque le trocart était profondément

---

(1) Celles du rectum seront sûrement évitées en prenant la précaution de n'opérer les malades qu'après s'être assuré de la vacuité de leur intestin.

enfoncé pour aller ponctionner une collection située très haut dans le pelvis ; nous n'avons jamais vu cet accident survenir lorsque la tumeur était sensible au toucher, bombant nettement dans le vagin ou contiguë à ses parois, c'est-à-dire diagnostiquée par la main vaginale au lieu de nécessiter le palper et le toucher combinés pour être reconnue et localisée.

En résumé, nous croyons que le procédé de M. Laroyenne présente des avantages lorsque, le cul-de-sac postérieur ouvert, l'opérateur se trouve en présence de poches multiples ; c'est encore un bon procédé pour débrider les collections bombant nettement dans le vagin. Mais nous pensons qu'il est dangereux d'employer le trocart lorsque la collection n'est pas nettement contiguë aux parois vaginales, l'instrument, pour arriver jusqu'à la poche, étant obligé de traverser une épaisseur trop considérable pour que l'opérateur puisse se rendre compte des organes qui peuvent y être contenus.

*Bistouri et ciseaux.* — Ce sont deux excellents instruments pour pratiquer, en toute sécurité, la colpotomie.

Le bistouri comporte avec lui l'emploi d'écarteurs nécessitant un ou deux aides ; force est au chirurgien allant disséquer couche par couche le cul-de-sac, comme le veut M. Richelot, de faire tenir les parois vaginales écartées.

Avec les ciseaux, au contraire, l'opération s'effectue sans que l'opérateur ait besoin de ses yeux comme

guide. Une pince de Museux est placée sur le col qu'un aide attire légèrement en avant et en haut; les ciseaux courbes sont conduits sur les doigts de la main gauche à la limite de l'insertion vaginale du col de l'utérus; le cul-de-sac postérieur coupé, enfoncer quelque peu les ciseaux fermés; l'incision est agrandie en les ressortant à pression légèrement entr'ouverts.

A notre avis, la seule supériorité de ce manuel opératoire consiste dans la réduction du nombre des aides indispensables avec l'autre, et dans la facilité et la rapidité de son exécution.

*Le drainage vaginal.* — C'est un des points les plus importants, en ce sens qu'il intervient dans une mesure plus grande qu'on ne le supposerait dans la guérison sans récidence et sans suite des collections pelviennes.

Ce serait une erreur de croire que la tâche du chirurgien est finie que les soins de la convalescence peuvent être confiés à l'entourage de l'opéré lorsque, la collection évacuée, l'opérateur a placé son premier pansement. Voyons en quoi celui-ci doit, à notre avis, consister.

Il doit assurer efficacement l'hémostase sans nuire à l'écoulement de ce qui peut rester de la collection. Une éponge fine et souple, par conséquent d'une élasticité parfaite, résume, disons-le de suite, tous les desiderata de l'opérateur.

Préalablement aseptisée, elle est sortie du bain phéniqué où elle trempe pour être fortement compri-

mée dans une pince à longs mors. Puis, réduite ainsi de volume, elle est enfoncée, toujours portée sur la pince, au travers du cul-de-sac postérieur débridé, de façon à rester à cheval sur les lèvres de l'ouverture.

L'hémostase est assurée par cette pression douce et continue sans que la malade accuse jamais aucune souffrance, ni aucune gêne ; de plus, les liquides qui pouvaient rester en arrière du cul-de-sac sont en contact avec un corps antiseptique qui les absorbe — l'éponge est phéniquée — et peut diminuer leur virulence.

Nous ne sommes pas d'avis de laisser cette éponge longtemps à demeure ; elle doit être enlevée dès que son but est atteint : quarante-huit heures ou trois jours au maximum. On ne s'expose pas ainsi à voir s'élever la température de l'opérée, signe certain de resorption de principes septiques, ce que nous avons vu fréquemment arriver lorsque ce premier pansement restait plus longtemps en place, une semaine quelquefois.

Il s'agit ensuite d'assurer un sérieux drainage ; à la clinique gynécologique de M. le professeur Laroynne, que nous avons longtemps suivie, nous avons pu confirmer cette idée que nous avons émise au début de notre travail : le drainage doit être continué pendant longtemps.

Deux catégories de malades en effet : celles qui, suivant exactement les conseils qu'on leur donne et, en dépit du moment douloureux que leur cause le passage d'une mèche, viennent au pansement dès que leur drain est tombé ; celles qui, plus négligentes ou

plus sensibles à la douleur, restent souvent plusieurs jours sans pansement.

Les premières restent plus longtemps à la clinique, l'ouverture de leur cul-de-sac se fermant lentement puisque les drains y sont rentrés à pression ; mais, si la cicatrisation se fait lentement, les parties sphacélées s'éliminent, les vides se combler, les tissus se réparent sans doute par formation de couches nouvelles ; elles sortent guéries et ne reviennent jamais aux consultations. La guérison paraît plus rapide chez les autres ; les trajets se ferment au bout de fort peu de temps, les surfaces cruentées et bourgeonnantes se réunissant vite au contact les unes des autres sans les mèches qui les séparent. Elles sortent rapidement de l'hôpital, mais elles restent ce que nous appellerions volontiers les clientes de la clinique, souffrant de brides douloureuses qu'un long drainage eût presque sûrement prévenues.

Il est donc de toute nécessité de drainer pendant longtemps ce cul-de-sac postérieur ouvert ; le gros drain en caoutchouc, placé à demeure, maintenu par deux oreilles formant un angle droit à son côté interne, est adopté par beaucoup de chirurgiens.

C'est un procédé permettant les irrigations antiseptiques effectuées toujours sous une très faible pression. M. Vincent a adopté ce manuel opératoire qui, dans ses mains, a donné toujours d'excellents résultats.

M. Laroyenne emploie des mèches de gaze iodoformée et ce genre de drainage a, lui aussi, une heureuse influence sur la guérison des opérées ; un

écueil existe cependant ; c'est la possibilité, pour la malade, de ne point s'apercevoir de la chute de son drain, de pouvoir l'enlever au besoin, en tous cas, de rester plusieurs jours privée des bénéfices que lui procurerait son pansement.

On doit, au début, changer les mèches tous les quatre jours au moins, à des intervalles plus ou moins éloignés ensuite, sans jamais arriver à laisser écouler une semaine entière entre deux pansements. Il est de toute nécessité que l'opérateur procède lui-même au changement des mèches ou qu'il charge, tout au moins, de ce soin un aide médical au courant du manuel opératoire.

Rien n'est plus délicat, en effet, que de porter profondément la gaze sur une pince ; il semble, au premier abord, facile de faire correctement franchir à l'instrument l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Danger immédiat : blessure du rectum qu'on évite toujours en faisant placer la malade dans la position de la taille et surtout, lorsque l'extrémité de la pince porte-mèche a franchi les lèvres de l'ouverture, en faisant exécuter à la main un mouvement de rotation antéro-postérieur ayant pour but de faire pénétrer l'instrument presque verticalement en haut, au lieu de le pousser dans une direction horizontale.

Un autre danger, ou plus exactement, une autre faute à éviter, vers la fin du traitement, lorsque l'ouverture est réduite à un simple trou plus ou moins grand, caché souvent par le museau de tanche ; il est alors assez difficile de conduire sur les doigts la pince fine qui doit pénétrer dans le trajet restant ; l'opéra-

teur, plaçant la mèche lui-même, la conduit sûrement dans l'ouverture, au lieu de la laisser, comme nous avons pu quelquefois le constater, au fond d'un des culs-de-sac vaginaux.

#### OBSERVATION IV

Philomène J..., 24 ans, lingère, entre, le 5 janvier 1900, à la clinique gynécologique de la Faculté.

Elle eut, il y a 3 ans, un accouchement normal et avorta à quatre mois, il y a un an et demi.

Réglée à 14 ans toujours régulièrement. Il y a six mois une métrite la fit entrer à la clinique d'où elle sortit guérie, voyant disparaître depuis les pertes blanches dont elle était atteinte depuis son avortement. Les règles sont régulières et pas douloureuses, mais durent assez longtemps : 5-8 jours.

La malade souffre beaucoup depuis un mois du côté du bas-ventre. Les douleurs, localisées au début à gauche, s'irradient maintenant dans tout le bassin et les reins avec un maximum d'intensité au-dessus de l'arcade crurale gauche. Le moindre effort augmente la douleur ; la malade peut faire quelques pas ; marche voûtée. T. 38°7.

*Examen physique.* — Le col de l'utérus, assez long, est repoussé en haut et en avant.

Dans le cul-de-sac postérieur on sent, au toucher, une masse dure et très douloureuse ; elle semble se continuer à gauche où l'empâtement du cul-de-sac est nettement senti et où la plus petite pression cause d'intolérables douleurs.

La palpation de l'abdomen, rendue difficile par la défense opposée par les muscles abdominaux, ne révèle rien à signaler.

*Intervention.* — La tumeur faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur est ponctionnée au trocart ; il s'écoule un

liquide séro-purulent, d'odeur infecte et dont la quantité peut être évaluée à 200 centimètres cubes. On débride ensuite, en se servant du métrotome, et on constate que, superposé à cette première collection, il existe à gauche un second sac remontant assez haut dans le pelvis.

Le trocart est de nouveau conduit dans cette poche qui, ponctionnée et débridée au métrotome, laisse échapper un liquide entièrement séreux.

Le drainage est assuré au moyen d'une mèche de gaze iodoformée très épaisse pour la collection supérieure, tandis qu'une éponge, placée à cheval sur les lèvres de l'ouverture vaginale, en assure l'hémostase.

La malade sort le 2 février 1900 et ne se ressent nullement, à l'heure actuelle, des suites de sa maladie.

## OBSERVATION V

Baptistine B... , 37 ans, ménagère à Lyon.

Ses antécédents médicaux sont bons; elle a eu deux enfants, encore vivants et en parfaite santé; son dernier accouchement date de deux ans et s'est normalement passé.

Réglée à 14 ans  $1/2$ , ses menstrues sont régulières, peu abondantes et quelquefois douloureuses. Elle a, depuis un an, des pertes blanches empesant le linge.

Elle souffre environ depuis trois semaines dans le bas-ventre; les douleurs diurnes, coïncidant avec la station verticale, s'irradient dans l'épaule et la cuisse droites. Cet état est survenu brusquement, les douleurs étant continuelles depuis le début.

La miction est facile; les selles sont douloureuses avec une constipation opiniâtre.

*Signes physiques.* — Le col de l'utérus semble repoussé contre la symphyse pubienne; il est normal. Le corps est en légère rétroversion.

Les culs-de-sac postérieur et droit sont tendus ; dans ce dernier on sent très nettement une masse volumineuse. La température vaginale est fort élevée. La palpation ne révèle rien et l'examen n'est pas plus longuement poussé, la malade souffrant beaucoup.

*Intervention.* — Le cul-de-sac postérieur est ponctionné puis ouvert au métrotome. Il en sort au moins un demi-litre de pus blanchâtre, bien lié, répandant une odeur repoussante.

Après un lavage de cette cavité, on rencontre successivement plusieurs poches qui crèvent sous la pression des doigts laissant écouler un pus de même nature.

Restaient deux collections enfermées dans un sac plus résistant et situées à droite. La main abdominale, exerçant une pression de haut en bas, les abaissa assez pour qu'elles fussent nettement senties, ponctionnées et débridées au métrotome.

On plaça simplement une grosse éponge rentrée à pression dans l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Elle fut remplacée 5 jours après, par des mèches proportionnées à l'ouverture et la malade sortait, 40 jours après, de la clinique où elle ne s'est jamais plus présentée.

## OBSERVATION VI

Antoinette H..., 31 ans, mariée et sans enfant, entre, le 28 décembre 1897, à la clinique gynécologique de la Faculté.

La malade, exempte d'antécédents héréditaires ou pathologiques, fut réglée à 15 ans. Les règles reviennent tous les vingt-cinq jours et durent quatre jours en moyenne.

Depuis six mois elle a continuellement des pertes blanches empesant fortement ses linges, alors qu'elle en était indemne auparavant.

Quinze jours après sa dernière période menstruelle elle eut pendant cinq jours une violente métrorrhagie. Depuis — il y a trois semaines — elle ressent de violentes douleurs à droite de l'abdomen, douleurs s'irradiant vers la région lombaire. Depuis quelques jours il existe un état fébrile marqué; 39° furent constatés à son entrée à la clinique.

Les mictions sont fréquentes sans être douloureuses.

*Signes physiques.* — Le corps paraît être caché derrière le pubis.

Le col très ouvert, semble ulcéré. Immédiatement en arrière du col, on sent au toucher, une volumineuse tumeur bombant dans le vagin et occupant les culs-de-sac postérieur et droit.

La tumeur s'étend un peu moins du côté gauche.

Par le palper bimanuel on perçoit, par le vagin en arrière du corps utérin les mouvements communiqués à la tumeur par la main abdominale placée au niveau du tiers inférieur de la ligne blanche.

Le toucher rectal montre la tumeur bombant nettement aussi dans le rectum.

*Intervention.* — Le 31 décembre 1897, ponction du cul-de-sac postérieur et débridement au métrotome donnant issue à un liquide de couleur brune et ne contenant pas de caillot.

Une tumeur allongée dans le sens vertical et située dans le côté gauche du bassin, est ponctionnée puis débridée au métrotome. Issue d'un liquide séreux en quantité assez considérable.

Par cette ouverture, les doigts, introduits dans ce dernier sac, rencontrent une troisième poche qui est traitée de la même manière que les précédentes et qui contenait, elle aussi, un liquide séreux.

Ces trois poches étaient situées intra-péritonéalement. Drainage avec des mèches de gaze iodoformée, continué tous les quatre jours jusqu'à la sortie de la malade, 22 janvier 1898.

Mme H..., entre de nouveau à la clinique, le 27 octo-

bre 1898 pour une ulcération épithéliomateuse du col de l'utérus.

Elle déclare n'avoir plus souffert depuis son dernier séjour à l'hôpital.

## § B — VOIE ABDOMINALE

Il nous faut, avant d'exposer les quelques détails opératoires que comporte cette voie chirurgicale, donner la raison qui nous la fait considérer, dans certains cas, comme supérieure à la voie vaginale, pour traiter les collections pelviennes par ouverture et drainage.

La raison réside dans la hauteur où se trouve située la poche contenant le liquide collecté. Autant il est facile d'aborder, par le vagin, une tumeur qui lui est contigüe, autant il est malaisé d'arriver sur toute poche dont le siège est fort éloigné des culs-de-sac vaginaux.

Voyons, en deux mots comment procède l'opérateur voulant arriver, par le vagin, sur une masse que la palpation révèle sous-jacente aux muscles abdominaux, comme cela se voit souvent dans les collections nées d'une phlegmasie tubo-ovarienne; le cul-de-sac postérieur ouvert, force lui sera d'abaisser fortement la poche avec la main abdominale pour que les doigts, introduits dans le pelvis par l'ouverture vaginale arrivent au contact du sac.

C'est là, croyons-nous, une manœuvre qui n'est pas exempte de tout danger. Par cette forte pression

exercée sur la poche purulente, une ouverture peut fort bien se créer par éclatement sur l'un quelconque de ses diamètres, et le résultat peut en être l'issue du liquide collecté au milieu des anses intestinales ; la déchirure produite par éclatement pouvant s'effectuer aussi bien du côté de la cavité péritonéale que du côté vaginal, par où l'opérateur voudrait faire évacuer le contenu de la poche (1).

En admettant — ce qui arrive le plus souvent — que cet accident ne se produise pas, il est impossible d'assurer un long drainage de la poche débridée. Immédiatement après l'ouverture, les trajets sont largement ouverts et l'opérateur peut, à la rigueur, porter sur une pince le drain jusque dans la poche débridée ; mais, dans les pansements successifs, il est absolument impossible de conduire sûrement au travers des trajets retrécis une mèche de gaze jusque dans la cavité ouverte : c'est le cul-de-sac de Douglas qu'on draine, ce n'est pas le siège de l'abcès. Le résultat opératoire immédiat est excellent, en ce sens que les douleurs s'arrêtent et que la marche de la cicatrisation est rapide, mais les malades opérées restent malheureusement quelquefois des impotentes, des brides cicatricielles leur causant de continuelles douleurs.

En abordant les collections hautes par l'abdomen, aucun de ces inconvénients ne se présente, l'opéra-

---

(1) LAWSON-TAIT. — *New-York. med. Journ.* 1884, 10 octobre.

teur n'ayant aucune peine à assurer, pendant le temps qu'il juge nécessaire, le drainage qui lui convient.

Nous allons maintenant envisager les deux cas qui peuvent se présenter dans le débridement par voie abdominale, le manuel opératoire un peu différent n'ayant qu'un but : éviter l'issue de la collection dans la cavité péritonéale.

I. — L'incision, couche par couche, des muscles abdominaux effectuée, le chirurgien arrive sur le péritoine ; celui-ci est adhérent à la tumeur, ne glisse pas au-dessus d'elle. Cela va permettre d'inciser directement, puisqu'un lacis d'adhérences jetées entre la poche collectée et la séreuse s'oppose complètement au déversement de la collection dans la cavité abdominale. C'est en somme un abcès simple qu'on débride au point le plus saillant, et qu'on draine ensuite jusqu'à complète guérison.

II. — L'incision, couche par couche, de la paroi abdominale effectuée, le chirurgien arrive sur le péritoine ; celui-ci est complètement libre au-dessus de la tumeur, ne lui est pas intimement relié par des adhérences ; il n'y a entre eux qu'un rapport de contiguïté, ils ne sont pas solidaires.

L'intervention ne peut être alors une simple ouverture, le contenu de la poche s'épancherait dans la cavité abdominale, amenant le plus souvent — cela se comprend — la terrible péritonite septique.

Pour éviter cette dangereuse complication, le manuel opératoire est fort simple : ouvrir le péritoine sur une sonde cannelée, puis, avec toutes les précau-

tions ordinaires, suturer, le plus exactement possible, par des points interstitiels séro-séreux, les parois de la poche aux parois abdominales. Ouvrir ensuite la poche purulente, alors que le liquide contenu ne peut plus s'épancher dans la grande cavité péritonéale et terminer en suturant les lèvres de l'incision de la poche aux lèvres cutanées de l'ouverture abdominale, comme cela se fait ordinairement dans la création de l'anus iliaque ou dans l'opération des kystes hydatiques du foie ; en un mot, pratiquer la marsupialisation de la poche.

Le drainage s'effectue ensuite à l'aide de drains en caoutchouc, sans qu'il soit besoin, le plus souvent, de procéder à une irrigation antiseptique.

Nous reprenons le manuel opératoire que Lawson-Tait et ses élèves Christian Feuger (1), Emmet, etc., employèrent en Angleterre et en Amérique. et ce, en l'appliquant à tous les cas d'abcès pelviens. Or, Lawson-Tait, après 38 guérisons obtenues par cette intervention, renonça, dit Emmet, à ce manuel opératoire, parce qu'il ne pouvait pas toujours isoler la poche des anses intestinales qui la recouvraient.

Voilà une complication que nous évitons sûrement. Tait appliquait, en effet, indistinctement sa méthode à tous les cas d'abcès pelviens sans tenir compte de

---

(1) Christian FEUGER. — Soc. obst. de Chicago. *Amer. Journ. of Obst.*, 1886, p. 428.

MAC KAY. — *Lancet*, 12 févr. 1887.

WIÉDOW. — 3<sup>e</sup> Congrès des Gyn. all., Fribourg, 1889. — *Centr. für Gynec.*, 1889, p. 520.

leurs rapports ; nous, au contraire, nous admettons seulement la voie abdominale lorsque la poche est directement sous-jacente à la paroi de l'abdomen ; lorsque elle plonge plus ou moins dans le pelvis et qu'elle est, par conséquent, rapprochée des parois vaginales, c'est par là que nous l'attaquons.

Mais, peut-on nous objecter, avec Delbet, si l'abcès descend très bas dans le petit bassin, le clapier est trop profond pour se vider complètement par la paroi abdominale ? Deux mots simplement pour expliquer que cette hypothèse se trouvera rarement réalisée ; dans ce cas, en effet, la collection aurait été nettement perçue par le vagin et serait rentrée dans la classe de celles qui, pour nous, sont justiciables du traitement vaginal.

Cependant, dans le cas où l'opérateur tomberait sur une poche ayant un diverticulum trop profond, rien n'empêcherait d'assurer l'écoulement du liquide par un drain abdomino-vaginal (1). Le manuel pour l'établir est simple : introduire par l'ouverture abdominale un long stylet — Delbet dit un trocart — et chercher si l'extrémité de l'instrument peut être sentie à travers les parois vaginales. Si oui, inciser au bistouri sur la pointe même de la sonde pour créer un passage juste suffisant à la grosseur du drain employé.

---

(1) GOODELL. — *Med. Rec.*, 1885.

DELBET. — *Supp. pely.*, 1891.

CARLE. — *Th. Lyon*, 1900. — Du drainage abdomino-vaginal.

## OBSERVATION VII

(Observation de M. le professeur agrégé Chandelux).

SALPINGITE SUPPURÉE, SPONTANÉMENT OUVERTE DANS LE RECTUM PAR UN PETIT ORIFICE QUI PERMET SEULEMENT L'ÉVACUATION TRÈS INCOMPLÈTE DE LA POCHE. — LAPAROTOMIE. — SUTURE DE LA POCHE A LA PAROI. — GUÉRISON.

Mme M..., âgée de 37 ans, a eu, dans sa jeunesse une fluxion de poitrine, des maux d'yeux persistants n'ayant pas laissé de tâche cornéenne, quelques ganglions au cou qui n'ont jamais suppuré. Aucun antécédent tuberculeux dans la famille.

Réglée à l'âge de 12 ans, la menstruation a été régulière jusqu'à l'âge de 26 ans, époque à laquelle eut lieu une grossesse qui se termina par un avortement. A la suite de cette fausse couche, survinrent des phénomènes fébriles qui persistèrent pendant trois mois. A partir de ce moment, les règles devinrent douloureuses, beaucoup plus abondantes, persistant pendant cinq ou six jours, revenant parfois toutes les quinzaines avec de volumineux caillots et tranchées utérines. Cet état se maintint pendant deux ans, puis tout revint à l'état normal. Pendant toute la période des pertes, douleurs dans le bas ventre sous forme de tranchées (coliques tubaires) se reproduisant par intervalles et se manifestant surtout lorsque la malade voulait se soulever sur son séant sans le secours de ses mains.

A l'âge de 36 ans, le 25 juillet 1891, la malade étant au premier jour de ses règles, fit une longue course en voiture. Le lendemain, ballonnement du ventre, douleurs vives, nausées, suppression des règles pendant trois jours, puis retour de l'écoulement sanguin avec caillots. La malade essaye de se lever encore pendant une huitaine de jours, puis

elle est obligée de s'aliter et reste au lit pendant quatre mois environ, avec de la fièvre pendant toute cette période. Quatre ans avant l'apparition de ces phénomènes qui furent attribués à un hématocele, la malade avait éprouvé de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs qui diminuèrent puis disparurent à la suite d'un écoulement rectal purulent, verdâtre peu abondant.

A partir du mois de novembre 1891, une tumeur se développe dans la fosse iliaque gauche et subit, depuis cette époque, dit la malade, un accroissement lent et progressif sans douleur notable.

En décembre 1891, examen de la malade. On trouve, à gauche, une tumeur volumineuse, fluctuante, faisant surtout saillie du côté de la fosse iliaque et peu dans le cul-de-sac vaginal gauche. A droite, tumeur dure, plus petite, non fluctuante. Etat général excellent.

En février 1892 l'état s'est amélioré, au point de vue de la menstruation, mais la malade a eu de nouveau de la fièvre pendant tout le mois de janvier, la température atteignait chaque soir 38° 5 ou 39°. Mêmes signes fournis par la palpation et le toucher. Pas d'ascité. Diagnostic : salpingite purulente double. Nécessité d'une intervention.

13 juillet 1892, anesthésie à l'éther. Laparotomie latérale et oblique. La poche n'est pas adhérente à la paroi. Elle est suturée au fil de soie par des points interstitiels séro-séreux, puis la poche est ouverte et suturée de nouveau par des points à cheval sur les lèvres de l'incision. Drainage avec un tube de caoutchouc un peu gros. Extrait thébaïque 0 gr. 10. Diète pendant 5 jours. Suites des plus simples, ni vomissement, ni ballonnement, ni fièvre.

Pansement le douzième jour ; les fils sont enlevés ; substitution au drain d'une canule en argent de deux centimètres de diamètre, maintenue en place par des lacs et un bandage de corps. Tous les jours, pansement avec une injection d'eau boriquée. Le 8 du mois d'août la poche, considérablement diminuée de volume, presse sur la canule et provoque

des douleurs. On supprime donc celle-ci et on laisse le trajet sans drainage.

23 septembre, guérison presque complète; le trajet, cependant, a encore une profondeur de 8 centimètres environ, mais il est tout à fait fistuleux et admet à peine un stylet. Les injections pénètrent avec grandes difficultés. On devait, néanmoins tous les deux jours, essayer de faire pénétrer, avec une petite seringue en verre, une petite quantité de liqueur de Villate additionnée de moitié d'eau.

Aux dernières époques menstruelles, la plaie a laissé sourdre une quantité assez considérable de sang, venu très probablement de la cavité tubaire, non oblitérée, qui formait le trajet fistuleux.

Celui-ci s'est définitivement fermé quatre mois plus tard, mais il a fallu ultérieurement inciser, par la voie vaginale, la salpingite purulente droite qui faisait saillie du côté du vagin, et la guérison ainsi obtenue se maintient depuis six ans.

## OBSERVATION VIII

(Observation de M. le professeur agrégé CHANDELUX.)

SALPINGITE GAUCHE SUPPURÉE, SPONTANÉMENT MAIS INSUFFISAMMENT  
OUVERTE DANS LE RECTUM. — LAPAROTOMIE. — OUVERTURE DE LA  
POCHE QUI EST SUTURÉE A LA PAROI. — DRAINAGE. — GUÉRISON.

Mme P..., mariée à l'âge de 18 ans, fut réglée depuis l'âge de 12 ans et eut toujours une menstruation irrégulière. Jamais de douleurs vives et pas de caillots. Depuis son mariage la menstruation est plus régulière. Grossesse terminée par un accouchement normal le 13 septembre 1891.

Trois jours après la délivrance, elle eut une violente fièvre accompagnée de frissons. Cette fièvre a persisté pendant près

de trois mois avec des élévations vespérales atteignant 39° et 39°5, tandis que, le matin, la température était à peu près normale. Puis, la fièvre disparut et la malade commença à reprendre ses forces, l'appétit revint et elle put de nouveau vaquer à ses occupations.

Au commencement du mois de juin dernier, sans cause appréciable, la fièvre réapparut accompagnée de frissons et persista pendant trois mois, oscillant le soir entre 39° et 40°, tandis qu'elle était le matin au-dessous de 38°.

Depuis un mois la fièvre a de nouveau disparu, et l'état général s'est un peu amélioré. Une légère évacuation de pus s'est produite par l'anus durant quelques jours. Actuellement la malade est encore affaiblie, pâle, ayant peu d'appétit. Légère toux habituelle le matin, ayant le caractère d'une toux nerveuse; la malade n'a jamais eu d'hémoptysie.

Elle ressent une douleur dans la fosse iliaque gauche, aussi bien spontanément, pendant la marche, que provoquée par la pression. En combinant la palpation et le toucher, on sent, à ce niveau, une volumineuse tumeur fluctuante, plus saillante du côté de la fosse iliaque que du côté du vagin. On sent également du côté droit une tuméfaction peu développée, dure et résistante, sans fluctuation, située sur les côtés de l'utérus. Celui-ci a sa mobilité normale. Rien aux poumons, rien au cœur.

26 septembre. — Anesthésie à l'éther. Incision oblique des téguments de la fosse iliaque gauche. Ouverture de la cavité péritonéale. On arrive sur une poche purulente adhérente à la paroi abdominale surtout en haut et en dedans. En bas et en dehors, les adhérences sont lâches; elle se déchirent sous le doigt et l'on arrive dans une petite cavité d'ascite enkystée dont les parois sont constituées par des anses intestinales soudées les unes aux autres et réunies, d'autre part, à la poche purulente constituée par la trompe.

On laisse échapper le liquide ascitique. On pratique la suture séro-séreuse de la poche à la paroi avec des fils de soie n° 4. La poche est ouverte laissant écouler 300 grammes



pansement antiseptique simplement maintenu par un bandage de corps.

On le renouvellera chaque jour en faisant des injections boriquées dans le drain. La malade part le 12<sup>e</sup> jour ; les pansements seront désormais maintenus par une ceinture hypogastrique avec plaque métallique concave, recouverte de peau chamoisée.

15 décembre : guérison définitive et complète.

## OBSERVATION IX

(Observation de M. le professeur agrégé CHANDELUX.)

SALPINGITE SUPPURÉE. — LAPAROTOMIE MÉDIANE. — ABLATION TOTALE DANGEREUSE A CAUSE DE NOMBREUSES ET SOLIDES ADHÉRENCES. — SUTURE DE LA POCHÉ A LA PAROI. — GUÉRISON.

Mme S..., âgée de 33 ans, eut, dans son enfance, une kératite lymphatique avec quelques ganglions au cou.

Ses règles, qui firent leur première apparition à l'âge de 13 ans, furent très régulières jusqu'à l'âge de 20 ans. A partir de cette époque, elles devinrent extrêmement abondantes durant de huit à dix jours ; elles persistèrent même une fois pendant un mois. La malade n'eut jamais de coliques, bien que la présence de caillots ait été souvent constatée.

Mariée à 27 ans, n'eut jamais de grossesse ni de fausse couche. Depuis le mariage, les règles sont toujours très abondantes, durent longtemps, et sont accompagnées de caillots. La malade d'ailleurs, semble présenter un certain degré d'hémophilie ; dans sa jeunesse, on eut beaucoup de peine à arrêter une hémorrhagie produite par des piqûres de sangsues et une coupure occasionne chez elle un écoulement de sang long et abondant.

Elle a, dans l'intervalle de ses règles, des pertes blanches continuelles et en assez grande quantité.

A partir de l'été de 1891, la malade perdit l'appétit, commença à jaunir, à prendre un teint terreux en même temps que ses règles devenaient moins abondantes. Le 4 novembre, la malade, après avoir beaucoup marché, eut un écoulement vaginal limpide et en quantité telle que le liquide tombait à terre goutte à goutte. Cet écoulement s'accompagnait de douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. La malade se mit au lit à 9 h. 1/2 du soir ; à 10 h. 1/2, elle fut réveillée par d'intolérables douleurs non accompagnées de vomissements et qui durèrent toute la nuit (coliques tubaires).

A ce moment, on constata, dans le flanc gauche, la présence d'une tumeur qui n'a pas beaucoup grossi depuis. A partir de cette époque, la malade fut soulagée sous l'influence d'injections sous-cutanées quotidiennes de morphine et les douleurs, qui s'irradiaient dans le membre inférieur gauche, disparurent. Il semble y avoir eu sciatique. Le séjour au lit dut être continué jusqu'au 1<sup>er</sup> février.

Le 4 janvier, examen de la malade et ponction qui donne issue à un liquide citrin, clair, semblable à de l'urine. Tous les soirs la température atteignait 38°5 et 38°8. Il y eut même, au mois de décembre, près de 40°, pendant cinq ou six jours. La malade eut des vomissements déterminés par les piqûres de morphine.

Depuis le 1<sup>er</sup> février amélioration. L'appétit revient un peu à la malade, levée depuis quelques jours, mais elle est toujours très pâle. Les dernières règles ont duré trois jours seulement.

Actuellement on trouve, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur dure, régulière, paraissant fluctuante mais non mobile sur les parties profondes et remontant jusqu'à l'ombilic. On peut facilement insinuer la main au-dessus du ligament de Poupart jusqu'au détroit inférieur.

Au toucher, on trouve le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac gauche occupé par la tumeur — col de vierge — les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent partielle-

ment à lui. Du côté droit on sent également, sur les côtés de l'utérus une tumeur du volume d'une petite orange, dure, irrégulière, sans fluctuation nette, faisant saillie dans le cul-de-sac latéral droit. Les muscles abdominaux ont beaucoup de tonicité, ce qui peut expliquer la non mobilité appréciable de la tumeur sur les parties profondes. — Rien aux poumons, rien au cœur.

Diagnostic : salpingite double avec kyste purulent à gauche.

14 avril, opération. — Anesthésie à l'éther ; incision médiane sur une petite étendue. On arrive facilement sur le kyste purulent du côté gauche. En cherchant à détacher les adhérences qui l'unissent aux viscères, on s'aperçoit qu'il se produit une abondante hémorrhagie en nappe, probablement due à l'état hémophilique prononcé de la malade. L'ablation du kyste est donc abandonnée.

On le ponctionne de façon à le vider presque complètement du pus qu'il renferme à l'aide d'un trocart à hydrocèle, puis on suture la poche à la paroi à l'aide de points séreux interstitiels, comme pour l'anus iliaque.

Lorsque toute communication est fermée avec l'abdomen, on ouvre la poche et on réunit enfin les lèvres de l'incision à la peau par une suture à cheval sur la solution de continuité. Toutes ces sutures ont été faites au fil de soie.

Lavage de la cavité à la solution boriquée 40/1000. On introduit dans l'orifice un gros drain en caoutchouc. Pansement antiseptique. Extrait thébaïque 0,10 cent.

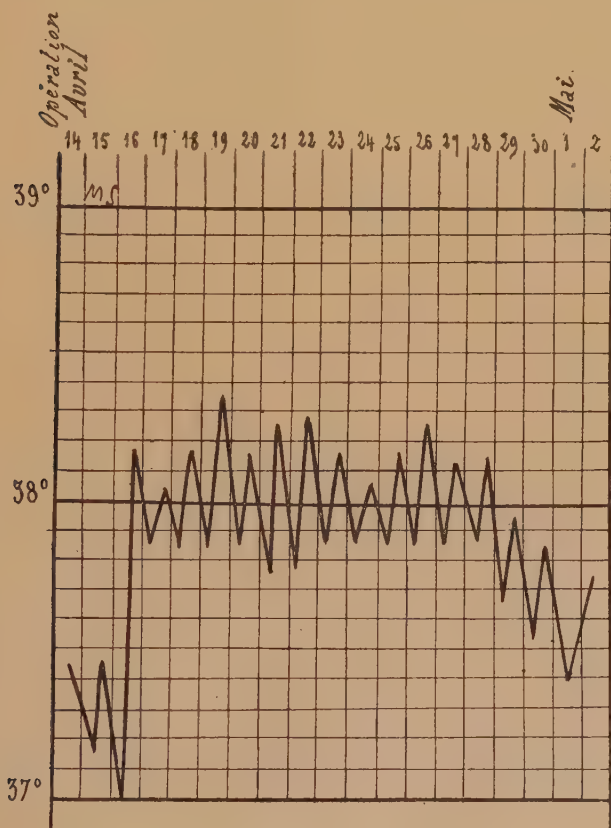
Les suites sont simples : ni vomissements, ni ballonnement du ventre. Le troisième jour, en raison de l'état saburral de la langue, et comme il n'y a pas eu de ligature du pédicule (1), un purgatif est administré : il sera renouvelé de temps à autre. L'extrait thébaïque fut supprimé dès le second jour.

---

(1) Le catgut peut lâcher, sous l'influence du purgatif, et donner lieu à une hémorrhagie.

Dès le dixième jour pansement quotidien avec irrigation de la cavité. Retour de l'appétit.

La malade retourne chez elle, le 2 mai, avec une petite canule corolliforme en argent de un centimètre et demi de diamètre sur quatre centimètres de longueur.



On fera le pansement chaque jour avec lavage de la cavité. La plaie sera recouverte de coton salicylique, soutenu soit par un bandage de corps, soit par une ceinture hypogastrique avec plaque.

Si la tuméfaction droite se développe et se transforme en

kyste purulent, celui-ci pourra, très vraisemblablement, être ouvert par les voies naturelles. On devra éviter l'artère utérine volumineuse qu'on sent battre sous le doigt dans le cul-de-sac vaginal à droite.

Ultérieurement la collection droite a été ouverte, par la voie vaginale, avec le bistouri et les ciseaux. La guérison a été rapidement obtenue. Du côté de la paroi abdominale la cicatrisation était complète depuis longtemps.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — Les suppurations du petit bassin, chez la femme, guérissent souvent en se vidant à l'extérieur : par le conduit tubaire et la cavité utérine, par le rectum ou la vessie.

II. — L'ouverture de l'abcès sera faite, par voie vaginale, au bistouri et aux ciseaux lorsque la collection bombera dans le vagin, ou sera nettement perçue à travers ses parois et à une petite distance de ces dernières.

III. — L'ouverture sera faite par voie abdominale lorsque la palpation montrera que la collection purulente forme une tumeur nettement perceptible à travers la paroi abdominale, et située généralement à proximité de cette dernière, ou ayant même pris directement contact avec sa partie postérieure. Pratiquer la suture préalable des parois de la poche purulente aux lèvres de l'incision abdominale lorsque cette poche n'est pas adhérente au péritoine pariétal.

IV. — L'hystérectomie vaginale et la salpingectomie trouvent leurs indications dans les cas rares où la suppuration s'est propagée aux parties voisines du petit bassin (hystérectomie), ou bien lorsque les salpingites constituent de petites tumeurs dures, flottantes dans la cavité pelvienne et éloignées, par conséquent, soit des parois vaginales, soit des parois abdominales (salpingectomie).

VU :

*Le président de la Thèse,*

OLLIER

VU :

*Le Doyen,*

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 15 novembre 1900

*Le Recteur,*

*Président du Conseil de l'Université*

GABRIEL COMPAYRÉ.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ABRACHKEVITCH. — De l'ignipuncture et de la résection partielle dans les affections salpingo-ovariennes. Th. Montp. 1898.
- BAUDRON (E) — De l'hyst. vagin. appliquée au traitement chir. des lésions bil. de l'utérus. Th. Paris, 1894.
- BAUDRON (E) — *Revue de Chirurgie*, août, 1891.
- BEAUVIGNON. — De la salpin. tuber. Th. Nancy, 1897.
- BLANC. — De l'inflammation péri-utérine avec épanchements latents. Th. de Lyon, 1887.
- BOUILLY. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1890.
- CHAPEYRON. — De l'hyst. abd. totale comme premier temps de l'extirpation des salp. purul. Th. Bordeaux, 1899.
- CHATELUS. — De l'abl. directe des ann. par voie vaginale. Th. de Lyon, 1895.
- COMMANDEUR. — Topo. des culs-de-sac vagin. Etude d'anat. chirur. et de manuel opér. Th. Lyon, 1894.
- CONDAMIN. — *Arch. provin. de Chirurgie*, 1894.
- DALLY. — De l'inc. vag. directe. Th. Paris, 1898.
- DÉCOT. — Ablation des ann. par voie vagin. Th. Lyon, 1897.
- DELBET. — Supp. pelv. chez la femme. Paris, 1891.
- DELBET. — *Soc. méd.*, 1890.
- DONNET. — Opér. conserva. de l'ovaire. Th. Paris, 1895.
- GORGIADIS SASSI. — Incision du cul-de-sac postérieur dans les supp. pel. Th. Paris, 1898.

- GOUILLOUD. — Congrès franç. de Chirurgie. Paris, 1889.
- GOUILLOUD. — Débrid-vaginal des coll. pelv. *Archives de Tocol.* 1891.
- GOUILLOUD. — *Arc. prov. de Chirurgie.* Tome II, 1893.
- HERVOT. — Contribution à l'étude de la périmétrite. Th. Paris, 1887.
- HÉGAR ET KALTEMBACH. — Traité de Gyn.
- ISAAC. — De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs des annexes. Th. Paris, 1895.
- JEANBRAU. — Th. Montp., 1898.
- JULLIEN. — Interventions dans cert. suppur. pelviennes. *Arch. de Tocol.* 1892.
- KLOB. — *Wien. med. Woch.*, 1862, nos 48 et 49. Path. Anat. der weibl. Sexual Organen, 1868.
- KRIEN. — Rupture de salpingites purul., simulant l'hématocèle. Th. Paris, 1898.
- LAROYENNE. — *Lyon Méd.*, 21 févr. 1886.
- LAROYENNE. — *Ann. de Gyn.*, sept. 1896.
- LAWSON-TAIT. — *Edin. med. Journ.*, juillet, août, 1899.
- LENOIR. — Perforations utérines dans opér. pratiquées par voie vagin. Th. Paris, 1898.
- MARTIN. — Maladies des femmes. Trad. franç., Paris, 1889.
- MASSON. — Hystér. vag. et abdo. dans le trait. des supp. pelv. Th. Paris, 1899.
- MAC KAY. — *Lancet*, 12 févr. 1887.
- NOEL. — Hystér. vagin. dans supp. pelv. Résultats éloignés. Th. Paris, 1899.
- POZZI. — *Bull. Soc. de Chir.*, 14 avril 1886.
- POZZI. — *Ann. de Gyn.*, 1891.
- POZZI. — Congrès français de Chirur., 1893.
- POLK. — Are the tubes and the ovaries to be sacrificed in all cases of salpingitis? *Amer. Journ. of. Obst.*, 1887.
- POZZI, DE LOSTALOT et BAUDRON. — Remarques cliniques et opératoires sur 30 laparo. *Ann. de Gynéc.*, mars 1890.
- POTIÉ. — Pathog. du phlegmon liga. large. Th., Lille, 1898.
- RECLUS. — *Sem. Méd.*, 1892.

- RICHELOT. — *Ann. gyn.*, 1896, II<sup>e</sup> semestre.
- RODRIGUEZ. — Incision du cul-de-sac post. et drain. Péri-utérin dans supp. et hématomes pelv. Th. Paris, 1895.
- ROUFFARD. — Congr. franç. de Chir., 1892.
- ROUTIER. — Lésions bila. des ann. Cong. franç., 1892.
- REVERDIN. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 1888.
- SEGOND. — *Ann. Gyn.*, 1891.
- SEGOND. — *Bull. Méd.*, 1892.
- DE SINETY. — *Traité pratique de Gyn.* Deuxième édition. Paris, 1884.
- SYNNÉPHIAS. — Supp. péri-utérines post-puerpérales ou post-abortives et trait. par l'élytrotomie. Th. Paris, 1894.
- TÉRILLON. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, 1887.
- TÉRILLON. — *Arch. Tocol.*, 1889.
- TRÉLAT. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, 1888.
- VERSEPUY. — Périmérite et son trait. Th. Paris, 1888.
- VUILLET. — Technique du trait. supp. pelvi. par la ponction simple. *Bull. Méd.*, 21 sept. 1892.
- WIEDOW. — *Centr. f. Gyn.*, 1889.
- WIEDOW. — 3<sup>e</sup> Congrès gyn. Allem. Fribourg, 1889.





